

**ВАКЦИНА ПРОТИВ СЕЗОННОГО ГРИППА 2014-2015
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ**

NPI:

School Name:

Фамилия, имя полностью:		Дата рождения:	Возраст:	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	NPI: School Name:
Улица:		Город:	Почтовый индекс:	Контактный телефон в течение дня:	
Класс:	Учитель:		Школьный административный район		

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, касающиеся вышеуказанного лица. Комментарии можно оставить на обратной стороне.

1) Имеет ли данное лицо серьезную (угрожающую жизни) аллергическую реакцию на яйца?	<u>ДА</u>	<u>НЕТ</u>
2) Возникла ли у данного лица когда-либо тяжелая аллергическая реакция после введения вакцины от гриппа?		
3) Страдало ли когда-либо данное лицо синдромом Гийена-Барре?		

Если вы ответили “да” на любой из вопросов с 1-го по 3-ий, пожалуйста, обратитесь к вашему лечащему врачу с целью вакцинации против гриппа.

4) Делали ли данному лицу какие-либо прививки за последние 4 недели или болел ли пациент в настоящее время? Если “да”, тип вакцины _____ Дата _____		
5) Страдает ли данное лицо длительное время какими-либо заболеваниями, аллергией, астмой, имеет свистящее дыхание или длительно принимает аспирин?		
6) Имеет ли данное лицо ослабленную иммунную систему или находится в близком контакте с кем-либо с сильно ослабленной иммунной системой? Объясните:		
7) Не беременно ли данное лицо или существует ли вероятность беременности в данный момент?		

Если вы ответили “да” на любой из вопросов с 4-го по 7-ой, данное лицо не может получить вакцину против гриппа в виде назального спрея.

8) Данное лицо американский индеец или уроженец Аляски?		
9) Данное лицо не имеет медицинской страховки?		
10) Имеет ли данное лицо Мэйнкэр (Медикейд)? Идентификационный номер Мэйнкэр: _____		
11) Медицинская страховка: Название страховой компании: _____ Идентификационный номер: _____ Групповой номер: _____ Имя и фамилия владельца страхового полиса: _____ Дата рождения _____		
12) Фамилия, имя врача: _____ Контактный телефон: _____		

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

- Мне предоставили копию Информационного отчета о вакцинации против гриппа 2013-2014. Я ее прочел (прочла), либо мне объяснили ее содержание и я понимаю пользу и факторы риска вакцины против гриппа.
 - Я даю разрешение на внесение записи о данной вакцинации в реестр ImmPact.
 - Я разрешаю использовать информацию для предъявления счета либо Мэйнкэр, либо частной страховой компании в размере стоимости проведения вакцинации.
 - Я даю свое согласие на прививку данному лицу той вакцины, которая рекомендована медработником, осуществляющим прививку.
 - В случае, если мой ребенок откажется от инъекции и он не имеет ни одной из вышеперечисленных проблем, я разрешаю осуществить вакцинацию путем назального спрея.
 - **Я даю разрешение на осуществление вакцинации против гриппа вышеуказанного лица, расписываясь ниже.**
- X _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна в случае, если лицо, получающее прививку, является несовершеннолетним, либо подпись совершеннолетнего, получающего прививку

Имя родителя/опекуна взрослого, которому делается прививка, печатными буквами: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ/FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose <input type="checkbox"/> Intranasal	